**INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSPRAKTIJK de Turfvaart** d.d. ……/ ………………. 2024.

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM : M/V  *voorletters (evt. roepnaam) + achternaam omcirkelen* | GEB.DD:…....................................... |
| ADRES: | POSTCODE |
| WOONPLAATS: | TELNR |
| MAILADRES: | MOBIEL NR |
| Zorgverzekeraar: | IDnr |
| Nr zorgverzekeringspas: | BSN nr |

**OVERIGE GEZINSLEDEN:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Naam | M/V | Geb. dd |
| Mailadres | | Mobiel nr | |
| Zorgverzekeraar | | IDnr | |
| Nr zorgverzekeringspas | | BSN nr | |
| 2 | Naam | M/V | Geb. dd |
| Mailadres | | Mobiel nr | |
| Zorgverzekeraar | | Idnr | |
| Nr zorgverzekeringspas | | BSN nr | |
| 3 | Naam | M/V | Geb. dd |
| Mailadres | | Mobiel nr | |
| Zorgverzekeraar | | Idnr | |
| Nr zorgverzekeringspas | | BSN nr | |

De op dit formulier genoemde patiënt(en) heeft(hebben) zelf gevraagd om op naam te worden in geschreven bij huisartspraktijk de Turfvaart en verzoekt/verzoeken hun vorige huisarts ……………………………. te ………………………. om z.s.m. zorg te dragen voor overdracht van het/de (elektronische) patiëntendossier(s).

Datum inschrijven bij huisartspraktijk De Turfvaart…… /…………… 2024.

Voor akkoord (*alle volwassenen dienen te ondertekenen*):

Naam patiënt: ……………………… Handtekening ………………..

Naam patiënt: ……………………… Handtekening …………………

KOPIE-ID ingeleverd: JA / NEE KOPIE ZORGPAS ingeleverd: JA / NEE